

Modulo di Reclamo DiveAssure

Nel caso in cui abbiate bisogno di assistenza medica di emergenza, telefonate immediatamente al numero +44 (0) 20 3137 3673

NGS è stato incaricato di fornire servizi di assistenza medica di emergenza e Advent Claims di gestire le richieste di risarcimento. Per aiutarci a elaborare rapidamente la richiesta, segui queste linee guida:

1. Compilare un modulo di reclamo separato per ogni richiesta e per ogni persona assicurata.
2. Se si presenta un reclamo a seguito di un **incidente o infortunio**, si prega di compilare per intero le sezioni A, B, H e I.
3. Se stai presentando un reclamo per un **incidente non medico o perdita del bagaglio personale**, completa le Sezioni A e D - H, a seconda dei casi.
4. Se stai presentando un reclamo per **morte accidentale**, completa le sezioni A, C, H e I.
5. Si prega di inviare per e-mail questo modulo compilato a **ngsclaims@advent.claims** con TUTTE le fatture originali relative al reclamo, oltre alle ricevute del viaggio (ad es. Conferme e-mail del viaggio, fatture di prenotazione, biglietti.) Tutte le comunicazioni DEVONO essere ricevute da NGS Advent **entro 90 GIORNI** dalla data della perdita o dell'inizio del trattamento.

A. PRIMARY INSURED DETAILS / DATI DELL'ASSICURATO PRINCIPALE			
Cognome e Nome:		Numero della polizza:	
Indirizzo:			
C.A.P.:		Numero di telefono:	
E-mail:			
Valuta della polizza:	<input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € Altro (specificare)	Una franchigia può essere applicata a ciascuna prestazione. I massimali e la franchigia della polizza sono determinati dalla valuta con cui la vostra polizza di viaggio è stata acquistata.	
CLAIMANT DETAILS (if different from above) / DETTAGLI DEL RICHIEDENTE (se diverso dal precedente)			
Cognome e Nome:			
Indirizzo:			
C.A.P.:		C.A.P.:	
Professione:			
Scopo del viaggio: <input type="checkbox"/> Personale <input type="checkbox"/> Affari			
Date del viaggio: (GG/MMM/AAAA, es: 01/MAG/2015)			
Da:		Al:	
É la richiesta risultato di un incidente?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
DECLARATION / DICHIARAZIONE			

A fini della protezione dei dati, io/noi riconosco/riconosciamo che tutti i dati personali garantiti da me/noi a seguito di questo reclamo saranno conservati ed elaborati per l'amministrazione assicurativa e l'indagine sui reclami. A tal fine, le informazioni possono anche essere passate a terzi ed a riassicuratori selezionati.

- Acconsento al trattamento dei dati sensibili su di me/noi e altre persone che potrebbero essere assicurati ai sensi del contratto.
- Io/Noi comprendo/comprendiamo che tutti i dati personali che io/noi fornisco/forniamo devono essere accurati e io/noi ho/abbiamo il consenso specifico delle altre persone assicurate a divulgare i loro dati personali.
- Io/noi autorizzo/autorizziamo la richiesta di informazioni da parte di altri assicuratori, agenzie di credito e altre agenzie di informazioni per verificare le risposte che ho/abbiamo fornito e autorizzo/autorizzeremo il rilascio di tali informazioni.
- Io/noi dichiaro/dichiariamo che al momento del pagamento trasferiamo tutti i diritti di surrogazione e recupero all'Assicuratore e/o al loro perito liquidatore. Si prega di notare che abbiamo i diritti di salvataggio e/o recupero e eserciteremo tali diritti ove applicabile.
- Dichiaro/dichiariamo che, per quanto a nostra conoscenza, le informazioni fornite in questo modulo sono corrette e complete.

Una copia della nostra Informativa sulla privacy dei dati è disponibile su richiesta

Assicurato	Assicurato principale/Assicurato (se diverso)
Nome e cognome:	Nome e cognome:
Firma: Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale e scritta a mano.	Firma: Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale e scritta a mano.

B. MEDICAL EXPENSES & HOSPITAL BENEFIT / SPESE MEDICHE E PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Natura della malattia/infortunio:	
Data della malattia/infortunio (GG/MMM/AAAA):	Data della malattia/infortunio (GG/MMM/AAAA):
Dove si è verificata la malattia/infortunio:	
Fornire una descrizione dettagliata di come si è verificato l'infortunio:	
Nome del medico/medico di famiglia personale del richiedente (anche se non consultato):	
Indirizzo medico personale/medico di famiglia:	
Numero di telefono :	Email:
Nome e indirizzo del medico(i) e/o dell'ospedale(i) in cui è stato ricevuto il trattamento:	
Se il trattamento è stato effettuato in ospedale con ricovero, confermare le date:	
La compagnia di assistenza medica di emergenza è stata contattata? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, indicare il motivo per cui non è stata contattata:	
La persona assicurata era incinta? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, di quante settimane?	
Se l'Assicurato ha avuto una malattia, ne ha sofferto in precedenza? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, fornire i dettagli:	
La persona assicurata ha un'assicurazione medica privata? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso affermativo, fornire i dettagli della compagnia assicurativa: nome, indirizzo e numero di polizza:	
Importo richiesto in questa sezione:	

FOR EU CITIZENS ONLY / SOLO PER CITTADINI EUROPEI

Durante il viaggio è stata presa una EHIC (tessera europea di assicurazione sanitaria) Sì No

È stata presentata all'ospedale/al medico? Sì No

C. QUARANTINE EXPENSES / SPESE DI QUARANTENA

Data della diagnosi del Covid-19:

Periodo di quarantena:

Paese di quarantena:

Spese di alloggio:

Altre spese:

Importo richiesto :

D. ACCIDENTAL DEATH / MORTE ACCIDENTALE

Quando si è verificata la morte?

Si prega di specificare la natura e la dinamica della morte:

La morte è avvenuta per cause naturali? Sì No

In caso affermativo, fornire i dettagli:

Importo richiesto in questa sezione:

In caso di decesso, è necessario ottenere un certificato di morte rilasciato da un'autorità riconosciuta, con copia originale inviata a ngsclaims@advent.claims

E. CANCELLATION OR CURTAILMENT / CANCELLAZIONE O DECURTAZIONE

Quando è stato prenotato il viaggio? (GG/MMM/AAAA):

Quando è stato annullato/ridotto il viaggio (GG/MMM/AAAA):

Fornisci una spiegazione dettagliata del motivo per cui il viaggio è stato annullato/ridotto:

Se la cancellazione non è dovuta alla persona che viaggia, si prega di confermare il nome della persona che ha causato la cancellazione del viaggio e il suo rapporto con la/le persona/e che viaggia/viaggiano:

Se il viaggio è stato ridotto, è stata contattata la compagnia di assistenza per emergenze? Sì No

Sono state sostenute delle spese aggiuntive? Sì No

In caso affermativo, fornire i dettagli di seguito e inviare tutte le fatture/ricevute con la presente richiesta:

Per favore conferma a chi deve essere effettuato il rimborso:

Importo richiesto in questa sezione:

ADDITIONAL DOCUMENTS REQUIRED / DOCUMENTI AGGIUNTIVI RICHIESTI

Se il viaggio è stato annullato a causa di infortunio/malattia della persona che viaggia, abbiamo bisogno di una conferma scritta da parte del medico generico che afferma che la persona assicurata non era in grado di viaggiare.

Se il viaggio è stato annullato a causa di un infortunio/malattia di una terza persona, abbiamo bisogno di una conferma scritta da parte del medico generico della terza persona che confermi l'infortunio/la malattia.

Si prega inoltre di fornire:

- Documentazione a conferma della cancellazione del viaggio per qualsiasi altro fattore non descritto sopra.
- Ricevuta originale della prenotazione.
- Fattura di annullamento che mostra le spese sostenute

F. LOST DIVING DAYS / GIORNI DI IMMERSIONI PERSI

Date d'immersione originali (MM/GG/AAAA):

Date dei giorni di immersione persi (MM/GG/AAAA):

Fornire una spiegazione dettagliata del motivo per il quale i giorni di immersione sono stati persi:

Importo richiesto:

DOCUMENTI AGGIUNTIVI RICHIESTI

Se i giorni di immersione sono stati annullati a causa di infortunio/malattia dell'Assicurato, richiediamo una conferma scritta da parte del medico di medicina generale che attesti che l'Assicurato non era idoneo all' immersione.

Se i giorni di immersione sono stati cancellati a causa di lesioni/malattie di terzi a bordo di un' imbarcazione, abbiamo bisogno di una conferma scritta da parte del capitano della barca, del fornitore di viaggio o del leader del viaggio.

Se i giorni di immersione sono stati cancellati a causa delle condizioni meteorologiche, abbiamo bisogno di una conferma scritta da parte del capitano della barca, del fornitore di viaggio o del leader del viaggio.

Si prega inoltre di fornire:

- Documentazione a supporto della cancellazione delle immersioni per qualsiasi altro fattore non descritto sopra.
- Fattura di prenotazione dell'immersione originale.

G. TRAVEL DELAY/MISSED DEPARTURE / VIAGGIO IN RITARDO/PARTENZA MANCATA

Motivo del ritardo del viaggio/partenza mancata:

TRAVEL DELAY / RITARDO DEL VIAGGIO

Data e orario di partenza:

Volo/Traghetto/Altro numero di trasporto/riferimento:

Data e ora di partenza effettive:

Volo/Traghetto/Altro numero di trasporto/riferimento:

Numero di ore in ritardo:

Nome compagnia aerea/traghetto/altro trasporto:

Importo richiesto in questa sezione:

MISSED DEPARTURE / PARTENZA MANCATA

Punto della coincidenza persa:		Punto della coincidenza persa:	
Metodo di trasporto utilizzato per arrivare al punto di partenza:			
Conferma come hai ricominciato il tuo viaggio:			
Importo richiesto:			
H. BAGGAGE, PERSONAL EFFECTS, MONEY & DOCUMENTS / BAGAGLIO, EFFETTI PERSONALI, SOLDI E DOCUMENTI			
Data di Perdita o danno (GG/MMM/AAAA):		Ora:	
Fornire una descrizione dettagliata di come si è verificata la perdita/danno, inclusa la posizione:			
Si prega di confermare quando e a quale autorità (ad es. Polizia / compagnia aerea / tour operator / hotel, ecc.) è stata segnalata la perdita/danno, compresi indirizzo completo e riferimento:			
Se la perdita riguarda assegni di viaggio, assegni, contanti, buoni, carta di debito, indicare la data di notifica all'emittente:			
ITEM DETAILS / DETTAGLI ARTICOLO			
Descrizione completa dell'articolo 1:			
Luogo d'acquisto:		Luogo d'acquisto:	
Prezzo pagato:	Prezzo pagato:	Prezzo pagato:	
Descrizione completa dell'articolo 2:			
Luogo d'acquisto:		Luogo d'acquisto:	
Prezzo pagato:	Prezzo pagato:	Prezzo pagato:	
ADDITIONAL INFORMATION / INFORMAZIONI AGGIUNTIVE			
Fornisci i dettagli di qualsiasi altra polizza assicurativa che hai indipendentemente dal fatto che tu pensi che essa possa contribuire a tale perdita, ad es. assicurazione domestica, assicurazione medica privata, assicurazione di viaggio personale, assicurazione carta di credito, ecc.:			
Nome dell'assicuratore:		Numero della polizza:	
Indirizzo:			
ADDITIONAL DOCUMENTS REQUIRED / DOCUMENTI AGGIUNTIVI RICHIESTI			
<ul style="list-style-type: none"> - In caso di smarrimento del bagaglio personale, tutti gli incidenti DEVONO essere segnalati alla polizia locale entro 24 ore. Un numero di incidente e un rapporto sullo smarrimento devono essere ottenuti e inviati a ngsclaims@advent.claims - Se lo smarrimento si è verificato in aeroporto o sull'aeromobile, l'incidente DEVE essere segnalato alla compagnia aerea entro 24 ore tramite un rapporto sugli incidenti. Richiediamo che il rapporto sugli incidenti venga inviato con questo modulo di richiesta. - Fornire la documentazione originale dell'acquisto/proprietà, ad es. ricevute, estratti conto bancari/carta di credito, fotografie, imballaggi, manuali di istruzioni, valutazioni. - Si prega di notare che potremmo effettuare una detrazione sul reclamo se la prova di acquisto non è fornita e/o se l'usura è applicabile. - Se gli articoli sono già stati sostituiti, si prega di inviare la fattura sostitutiva o la ricevuta. 			
I. LOSS OF PASSPORT / PERDITA DEL PASSAPORTO			
Conferma dove è stato perso il passaporto:			

Fornire i dettagli delle spese sostenute per sostituire il passaporto, comprese le ricevute:

J. REIMBURSEMENT METHOD / METODO DI RIMBORSO

Il nostro metodo di pagamento preferito è elettronico per garantire che si riceva il risarcimento il prima possibile, tuttavia, siamo in grado di emettere assegni nella maggior parte dei paesi.

Si prega di rimborsare: Assicurato principale Fornitore

Nome della Banca:

Nome sul conto (beneficiario):

Conto n./IBAN:

Routing #/ABA #:

Codice di ordinamento o codice SWIFT:

Indirizzo bancario:

K. AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION / AUTORIZZAZIONE PER IL RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE

Con la presente autorizzo qualsiasi medico o altro professionista sanitario, ospedale o struttura sanitaria, farmacia, fornitore di servizi medici, datore di lavoro, amministratore del piano di previdenza e qualsiasi agenzia federale, statale o locale, con una copia completa di tutte le informazioni mediche per utilizzo e divulgazione come descritto nella presente autorizzazione. Inoltre, per rilasciare informazioni mediche e di altro tipo in tuo possesso o controllo a **NGS/Advent Claims** e/o ai loro avvocati, direttamente o tramite un agente rappresentativo che agisce per loro conto, tutte le informazioni mediche che possono richiedere, incluso ma non limitato a, cartelle cliniche, rapporti, diagrammi, grafici, note radiografiche, film e rapporti di laboratorio.

Autorizzo inoltre il rilascio di tutte le informazioni mediche relative a diagnosi, cura e trattamento per l'abuso di alcol, l'abuso di droghe o la salute mentale. Inoltre, autorizzo il rilascio di tutti i record e le dichiarazioni di fatturazione in tuo possesso o controllo.

Autorizzo inoltre **NGS/Advent Claims**, i loro rappresentanti o i loro agenti a rilasciare informazioni ottenute ai sensi della presente autorizzazione a fornitori di servizi sanitari, assicuratori, riassicuratori o amministratori di sinistri e qualsiasi agenzia governativa che ritenga appropriata esclusivamente ai fini della valutazione e gestire qualsiasi richiesta di indennità. Comprendo inoltre che le informazioni possono essere rilasciate come segue:

Ad altre persone o organizzazioni che svolgono servizi commerciali o legali in relazione a qualsiasi reclamo; come può essere altrimenti richiesto legalmente;

- A qualsiasi persona o rappresentante legalmente autorizzato come da me indicato;
- Come posso ulteriormente autorizzare; o se necessario per prevenire o rilevare la perpetrazione di frodi.

Questa "Autorizzazione al rilascio di informazioni mediche" è soggetta a revoca in qualsiasi momento, tranne nel caso in cui sono state intraprese azioni relative al presente documento, e, se non precedentemente revocato per iscritto, rimarrà valido per due (2) anni dalla data della firma. Accetto che una fotocopia, copia e-mail o fax (FAX) dell'autorizzazione sia accettata e valida quanto l'originale. So che potrei richiedere di ricevere una copia di questa autorizzazione.

Nome e cognome:

Data:

Firma:

Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale e scritta a mano.

Si prega di inviare il modulo di richiesta compilato e i documenti giustificativi (**INCLUSA LA DIMOSTRAZIONE DI VIAGGIO**) a:

NGS/Advent:
ngsclaims@advent.claims

Per qualsiasi domanda o domanda relativa al reclamo, si prega di telefonare al numero +44 (0) 20 3137 3673 e selezionare **l'opzione 1**

Informativa sulla Privacy

I dati personali vengono raccolti e conservati nella valutazione del reclamo e questo è soggetto alla nostra Informativa sulla privacy. Una copia della presente Informativa sulla privacy e il modo in cui i dati personali vengono utilizzati e conservati sono disponibili su richiesta.

Modulo di autorizzazione del rappresentante personale

Si prega di inviare il modulo di richiesta compilato e TUTTE le informazioni e la documentazione di supporto a NGS/Advent:
ngsclaims@advent.claims

A. INSURED / ASSICURATO	
Cognome e Nome:	
Polizza #:	Reclamo #:
Data di nascita: (GG/MMM/AAA, es: 23/NOV/1988)	
Indirizzo:	
C.A.P.:	Stato:
Numero di telefono:	Email:
B. PERSONAL REPRESENTATIVE / RAPPRESENTANTE PERSONALE	
Cognome e Nome:	
Data di nascita (GG/MMM/AAA):	
Indirizzo:	
C.A.P.:	Stato:
Numero di telefono:	Email:
C. AUTHORIZATION / AUTORIZZAZIONE	
<p>Autorizzo che le informazioni riservate detenute da by NGS and Advent Claims vengano divulgate e/o ricevute da persone o organizzazioni indicate di seguito con la vostra firma. Comprendo di avere il diritto, su richiesta, di ricevere una copia di questo modulo firmato.</p> <p>Autorizzo la richiesta e il rilascio delle mie informazioni riservate al mio rappresentante personale. Nominando la persona indicata di seguito come rappresentante personale, comprendo che sto autorizzando a dare a questa persona l'accesso alle mie informazioni riservate e alle mie cartelle cliniche, il diritto di parlare delle mie cure mediche e il diritto di prendere decisioni che mi vincolano.</p> <p>La presente "Autorizzazione al rappresentante personale" è soggetta a revoca in qualsiasi momento, tranne nel caso in cui sono state intraprese azioni relative al presente documento e, se non precedentemente revocate per iscritto, rimarranno valide per due (2) anni dalla data della firma. Sono d'accordo che un e-mail copia dell'autorizzazione è accettata e valida come l'originale. So che potrei richiedere di ricevere una copia di questa autorizzazione.</p>	
Assicurato	Rappresentante personale
Nome e cognome:	Nomee cognome:

Firma: Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale e scritta a mano..	Firma: Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale e scritta a mano.
Data:	Data:

Informativa sulla Privacy

I dati personali vengono raccolti e conservati nella valutazione del reclamo e questo è soggetto alla nostra Informativa sulla privacy. Una copia della presente Informativa sulla privacy e il modo in cui i dati personali vengono utilizzati e conservati sono disponibili su richiesta.